

# Atención obstétrica y perinatal en pandemia por Covid-19: experiencias y percepciones de agentes de salud en Córdoba, Argentina

*Obstetric and perinatal care in the Covid-19 pandemic: Experiences and perceptions of health agents in Córdoba, Argentina*

Magdalena Arnao Bergero, Ana Inés Lázzaro

## RESUMEN

Durante la pandemia por Coronavirus-19 en Argentina (2020-2021), la atención médica se vio abocada a paliar los efectos del COVID, impactando en todos los servicios de salud, entre ellos el de obstetricia. En este trabajo, buscamos indagar acerca de los cambios ocurridos en la atención perinatal durante la emergencia sanitaria y cómo fueron vividos por parte del personal médico implicado en la atención de embarazos y partos. Se trató de un estudio exploratorio de carácter cualitativo no representativo, basado en entrevistas estructuradas realizadas a profesionales del servicio de ginecología y obstetricia de hospitales de Córdoba. El objetivo fue realizar un diagnóstico de situación preliminar, buscando ahondar en la comprensión de las *condiciones de posibilidad* de un modelo de atención obstétrica de carácter mecanicista y de marcada ausencia de derechos. Advertimos la profundización de estas tendencias dado el contexto de emergencia sanitaria como así también la necesidad de atender a la multiplicidad de aristas, tales como: estructurales, materiales, simbólicas, subjetivas, vinculares, institucionales, laborales, que se entretujan a la hora de pensar en los facilitadores y obstaculizadores para la garantía de derechos en el embarazo, parto y nacimiento.

**Palabras clave:** Derechos sexuales y reproductivos; Embarazos; Pandemia; Personal médico; Servicios de salud.

## ABSTRACT

During the Coronavirus-19 pandemic in Argentina (2020/2021), medical care was forced to alleviate the effects of Covid, impacting all health services, including obstetrics. In this work, we seek to know about the changes occurred in perinatal care during the health emergency and how they were experienced by medical personnel involved in the care of pregnancy and deliveries. It was an exploratory study, with a qualitative non-representative approach based on structured interviews with professionals from the gynecology and obstetrics service of Córdoba hospitals. The objective was to carry out a first diagnosis of situation, seeking to understand the conditions of the possibility of a model of obstetric care characterized by the absence of women rights. We note the deepening of this trend given the context of health emergency and need to attend to the multiplicity of factors: structural, material, symbolic, subjective, related, institutional, labor. that are interwoven when thinking about the facilitators and obstacles for the guarantee of rights in pregnancy, childbirth, and birth.

**Keywords:** Health services; Pregnancy; Pandemic; Medical personnel; Sexual and reproductive rights.



## INFORMACIÓN:

<http://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.962>

ISSN 2477-9083

Vol. 7 No. 34, 2022. e210962

Quito, Ecuador

Enviado: septiembre 04, 2022

Aceptado: noviembre 20, 2022

Publicado: noviembre 28, 2022

Publicación Continua

Sección Dossier | Peer Reviewed



## AUTORES:

**Magdalena Arnao Bergero**

Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

[magdalena.arnao@unc.edu.ar](mailto:magdalena.arnao@unc.edu.ar)

**Ana Inés Lázzaro**

Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

[ana.ines.lazzaro@mi.unc.edu.ar](mailto:ana.ines.lazzaro@mi.unc.edu.ar)

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existió conflicto de interés posible.

## Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

## Agradecimiento

N/A

## Nota

Sin bien este artículo se da en continuidad a una línea de investigación sobre derechos sexuales y (no) reproductivos, no es producto de una tesis y/o proyecto previo, sino que se enmarca en una investigación sobre percepciones y vivencias médicas que se encuentra en curso, por lo que aquí presentamos algunos hallazgos preliminares de la misma.

ENTIDAD EDITORA



## 1. Introducción

Durante el año 2020, el mundo se vio paralizado por la pandemia por Covid-19, afectando al sistema sanitario en el mundo, abocado casi en su totalidad a paliar los efectos del Coronavirus. En Argentina, la mayoría de los servicios hospitalarios atravesaron cambios profundos siendo, en algunos casos, suspendidos durante los momentos más críticos de la emergencia sanitaria. En nuestro país las medidas de ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) dieron inicio el 20 de marzo de 2020, a partir de lo cual la atención de embarazos y nacimientos se vio modificada adecuándose a las restricciones que imperaban en la escena sanitaria y social.

Durante la fecha de abril a julio de 2020 llevamos adelante una investigación sobre la situación de las gestaciones y partos con el objetivo de conocer cómo se vieron afectados los servicios de obstetricia y de qué manera esta situación incidió en la atención de embarazos y partos en términos de acceso a derechos y consecuencias subjetivas para las usuarias (Lázzaro & Arnao Bergero, 2021). Se trató de un relevamiento/encuesta online en el cual participaron 370 personas de las principales urbes del país (Buenos Aires, Rosario y Córdoba) que cursaron sus gestaciones o parieron en los primeros meses de la pandemia (abril a julio 2020). Los hallazgos nos llevaron, por un lado, a conocer la situación que se estaba viviendo y que confirmaba lo que venían advirtiendo algunas organizaciones de lucha por los derechos del parto: suspensión de controles y estudios, falta de comunicación e información, suspensión del acompañamiento en los partos como algunas de las medidas adoptadas por la mayoría de las instituciones de salud.

Por otro lado, los resultados advirtieron sobre la alta frecuencia de emociones negativas y malestar por parte de la población encuestada y que analizamos en términos de *marcas subjetivas*, poniendo de relieve el estado de desinformación sobre protocolos de atención como factor clave para dicho malestar y también el recrudescimiento en la vulneración de derechos perinatales (contemplados en marcos legislativos vigentes) como parte de los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas gestantes. En dicho trabajo, dejamos abierta la pregunta de qué hizo posible que el sistema de salud respondiera con *desinformación* y *desamparo* a las usuarias, sobre todo, si tenemos en cuenta que se trata de un modelo de atención perinatal signado por el control y monitoreo continuo sobre los procesos gestacionales.

Es importante aclarar que gran parte de las vulneraciones de derechos detectadas son previas a la emergencia sanitaria. En efecto, en Argentina contamos desde 2004 con la ley 25.929 de Parto Respetado/Humanizado como así también, la ley 26.485 que enuncia la violencia obstétrica como violencia de género ejercida para con las gestantes por el personal de salud. A pesar del tiempo transcurrido de la promulgación de estos derechos, su implementación es ampliamente resistida y se da en casos excepcionales (Canevari, 2022) mientras que la violencia obstétrica es una violencia profundamente naturalizada y poco reconocida incluso por quienes la padecen.

Con la necesidad de repensar las estrategias y mecanismos que nos permitan avanzar en la efectivización de las mencionadas leyes, decidimos continuar nuestro relevamiento indagando, esta vez, cuáles fueron los cambios y acontecimientos que se dieron en la atención perinatal en Córdoba durante la emergencia sanitaria, desde la perspectiva de agentes de salud. Es decir, buscando conocer *lo que pasó* a partir de las experiencias y percepciones de las/os profesionales implicadas/os en la atención de embarazos y partos: cómo fueron vividos estos cambios y las condiciones de su actuación.

Estos testimonios, creemos, son fundamentales a la hora entender cómo se organiza la atención obstétrica en clave situada a la vez que permite, desde las vivencias, adentrarse en la compleja trama que suponen las instituciones de salud y cómo se estructuran los mecanismos de atención que habilitan y/u obstaculizan, en este caso, los derechos del parto y nacimiento.

Las razones por las cuales queremos indagar el punto de vista médico en torno a la atención obstétrica son diversas y se encuentran entrelazadas. En primer lugar, porque las experiencias y percepciones de las/os agentes de salud sobre los procesos gestacionales es algo muy poco explorado, a pesar de la cada vez más vasta y prolífica literatura en torno a derechos perinatales, violencia obstétrica, parto respetado y temáticas afines (Quattrocchi et al., 2020; Castro et al., 2022). Aquí referimos a la línea de Roberto Castro (2014), Castro & Erviti (2015) quienes, en clave sociológica, profundizan en la configuración del *campo médico obstétrico* y del *habitus médico autoritario*, basado en lógicas jerárquicas heteropatriarcales. En nuestra provincia, destacamos la tesis de grado en antropología de Lucía Reano (2019), quien llevó adelante una etnografía de la cátedra de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba en la que indaga cómo las/os futuras/os profesionales en el campo obstétrico aprenden a *hacer partos*, incorporando no solo un saber hacer en torno a partos y nacimientos sino un modo específico del ejercicio del rol médico.

Por otro lado, uno de los supuestos más extendidos en la literatura en cuestión es el que define al sistema de salud dentro del paradigma médico hegemónico o biomédico y que dialoga íntimamente con el sistema patriarcal y heteronormativo, especialmente en la asistencia de embarazos y partos y salud (no) reproductiva en general (Sadler, 2004; Montero & Leida, 2017; Borges, 2018; Espinoza Reyes, 2022). Sin embargo, podemos afirmar que, como toda institución, el sistema médico no es un espacio homogéneo, sin tensiones e intersticios. Por esto, consideramos necesario abordar el sistema salud en su complejidad a la hora de comprender el terreno sobre el cual se asienta la vulneración de derechos, especialmente en territorios como el nuestro, atravesados por diversas desigualdades a lo largo del tejido social. En efecto, la necesidad de ampliar y complejizar estas lecturas va de la mano de la pregunta acerca de cuáles son las *condiciones de posibilidad* de las violencias en general y, en particular, en el sistema médico para contar con herramientas más robustas a la hora de promover cambios en la atención obstétrica.

## 2. Metodología

Se trata de un estudio exploratorio de carácter cualitativo no representativo, basado en entrevistas estructuradas (Guber, 2005) realizadas a profesionales médicas/os del servicio de ginecología y obstetricia de la provincia de Córdoba, que estuvieron en sus funciones desde el comienzo de la cuarentena (marzo 2020) hasta la fecha de la entrevista (abril-junio 2022). En tanto se trata de una investigación en curso, presentamos aquí algunos de los hallazgos preliminares.

Para este análisis, uno de los principales aspectos que tuvimos en cuenta sobre la muestra fueron los *lugares de trabajo* de las/os entrevistadas/os, buscando mostrar un panorama de lo acaecido especialmente en el ámbito público de atención, puesto que refiere a la única opción gratuita para las usuarias y en donde tienen lugar la mayoría de los controles de embarazo y partos de la provincia.

Más precisamente, tomamos testimonios de 6 profesionales de 5 grandes hospitales públicos (uno de ellos hospital COVID desde el comienzo y otro que se volvió COVID en 2021, a la vez tres de los profesionales se desempeñan también en Hospitales privados) y un Centro de Atención Municipal de Nivel Secundario (ámbito público), en donde no se atienden partos, pero se hacen controles y seguimientos de embarazos y que también devino en 'Centro de Testeo COVID'. La metodología de acceso a las/os entrevistadas/os fue por bola de nieve. Si bien se trata de un estudio no representativo, el hecho de presentar testimonios de centros de salud de distinta característica consideramos aporta a la variedad de la trama.

El guión de las entrevistas se estructuró en dos grandes dimensiones: i. ¿qué pasó? ii. ¿cómo lo vivieron?, a fines de atender a algunas condiciones materiales/estructurales como a las experiencias subjetivas y vinculares que atravesaron las/os profesionales. Todos los testimonios fueron grabados con su consentimiento para uso con fines científicos y se garantizó el anonimato y confidencialidad de estos. Por tal motivo, no se especifican sus nombres como así tampoco el hospital o clínica donde trabajan para evitar su posible identificación.

El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido (Bardin, 1996), sistematizando recurrencias y redundancias en las respuestas para la reconstrucción de acontecimientos y líneas de interpretación con relación a los objetivos planteados, pero también a los emergentes que surgieran. A partir de esta técnica se consolidaron tres instancias: a) Observación preliminar: orden y organización del material y emergencia de las primeras líneas de análisis; b) Exploración exhaustiva del material, analizando las respuestas de manera individual y agrupándolas función de las redundancias/regularidades encontradas. c) Tratamiento de datos e interpretaciones pertinentes, identificando aspectos en común que conformaron las dimensiones de análisis, como así también aquellos no ponderados de antemano e interrogantes a seguir indagando.

### 3. Resultados

A partir de la agrupación y análisis de los testimonios relevados, estructuramos los hallazgos principales en cuatro grandes dimensiones. Hemos ilustrado las ideas con testimonios de las entrevistas consignadas por el número de esta y si se desempeña en el sistema público, privado o ambos (ej.: Entrevista 3, público-privado), mientras que las palabras o expresiones breves con doble comilla son también tomadas textualmente de las entrevistas, pero sin referencia para no entorpecer la lectura.

#### 3.1 “Al principio fue un pandemionium”: cambios en la atención perinatal y protocolos en contexto de pandemia

En esta dimensión buscamos identificar los principales cambios en torno a la atención médica obstétrica que se dieron desde el inicio de la emergencia sanitaria, intentando reconstruir cómo se procedió, cómo se iban introduciendo y /o modificando las pautas de atención, de dónde procedían los lineamientos y cómo repercutían en las dinámicas de trabajo.

Identificamos un primer momento que las/os entrevistada/os refieren como el “más restrictivo” y cuya duración fue variable, según se trate del ámbito público o privado, como así también de cada institución en particular. Como línea general, el primer mes significó la suspensión total de controles. En palabras de un entrevistado, al comienzo fue un “pandemionium”: se sabía poco del contagio, de la evolución del virus, de la protección y por eso “se suspendió todo de improviso” (Entrevista 5, público-privado). Esto es, la decisión de las autoridades sanitarias fue, para todos los sectores y servicios de salud, la de suspender por completo las consultas médicas y, en ello, el seguimiento y controles de embarazos dejando a las gestantes “a la deriva”.

En los relatos, aparece una segmentación temporal que da cuenta de dos grandes momentos (“en un primer momento” “al principio” y “después” “luego de esa primera etapa”) pero cuya duración no se puede especificar de modo homogéneo, ni tampoco las razones que están detrás del inicio y fin de cada una. Aunque no generalizable, como veremos más adelante, el manejo de los tiempos fue cobrando dimensión analítica en tanto advertimos coincidía con las condiciones materiales y simbólicas de cada institución.

Entonces, en esta “primera etapa” lo único que quedó funcionando fueron las guardias, las cuales se vieron sobrecargadas al recibir un gran caudal de pacientes que no necesariamente iban por urgencias o emergencias, pero ante la falta de controles no tenían a dónde acudir. El primer mes, aproximadamente, fue igual para todas las instituciones sean públicas o privadas, pero pasado este tiempo los centros privados fueron flexibilizando las restricciones como también generando “otras opciones” (seguimiento vía WhatsApp o telemedicina, por ejemplo). En el sector público la reapertura demoró más, llegando a prolongarse por varios meses y hasta más de un año en algunos casos.

Otra situación particularmente sensible fue la del acompañamiento en el parto (uno de los principales lineamientos de la ley 25.929 de Parto Respetado). En los hospitales públicos que se volvieron Centros COVID se suspendió toda la atención al embarazo y parto, incluso por la guardia (a menos

que “llegaran en el expulsivo o casi” en donde se hacía la salvedad de ingresarlas). En este sentido, en los hospitales COVID, pasados los meses, no hubo flexibilización alguna sino, por el contrario, las pacientes que llegaban a la guardia a parir eran rechazadas debiendo peregrinar a otra institución: “Teníamos que decirle a una mujer que venía que tenía contracciones: te vas a tener que ir a otra maternidad porque acá todavía no nos han autorizado” (Entrevista 6, público-privado). “Se le tenía que decir ‘mamá mirá, estas en trabajo de parto, el hospital en este momento es COVID, no te podemos brindar asistencia ¿sí?’” (Entrevista 5, público-privado)

Según nuestras/os informantes, no hubo ningún memorándum o protocolo que impidiera el acompañamiento de manera específica, aunque la mayoría de las instituciones implementó esta medida. Coinciden, no obstante, en que fue una decisión sensata sobre todo al comienzo de la pandemia, pues había poca información sobre el virus. Pero también, reconocen, demoró mucho tiempo en volver a permitirse el acompañamiento de las pacientes en situaciones de parto. Especialmente en el ámbito público, como decíamos, que se reestableció a fines del 2021, e incluso 2022.

Creo que estuvo bien al principio no permitir el acompañamiento, porque tampoco se sabía, nadie sabía nada. Nosotros no tenemos a nadie que controle el ingreso y egreso de la gente, estamos en una zona muy desprotegida, y siempre circulan millones de personas. O sea, si en ese momento no se hubieran puesto un poco más heavy y hubiera sido una situación de riesgo para todos, además en las salas hay niños, hay bebés, la sala de puérperas (...) Tardó más un año para que digan: “Paciente que se ingresa, paciente que se hisopa”, pero no había para hisopar a todo el mundo. Entonces fue una situación muy difícil de manejar porque había falta de recursos, agarró al sistema de salud completamente desprevenido. (Entrevista 2, público)

Lo dicho da cuenta de que para garantizar el derecho al acompañamiento en pandemia se requería tanto de la infraestructura adecuada como de los recursos materiales para evitar los contagios. Por esto, una de las primeras razones para que la suspensión de acompañamiento continuara en el tiempo, especialmente dentro del ámbito público, estuvieran ligadas a la saturación del sistema, carencias materiales y de infraestructura, desorganización y/o concentración de la atención en COVID.

Sin embargo, al referir a la flexibilización en el acompañamiento también incidieron otros factores. En tanto las últimas decisiones eran tomadas por las/os directoras/es y/o jefas/es de servicio, en algunas instituciones -negociaciones mediante- permitieron cierta flexibilidad mientras que, en otras, no hubo buena predisposición para ello. En algunos casos, dicha apertura fue movilizada por profesionales atentas/os a la ley de parto respetado, a la dimensión psico-afectiva de las gestantes y a la evidencia científica de su importancia. O, por ejemplo, en el caso de un hospital público, debido a la “denuncia de las usuarias” (Entrevista 2, público) se volvió a habilitar el acompañamiento en algunas guardias, pero no en todas. Como puede verse en este caso, las guardias de un mismo hospital mantuvieron criterios de atención disímiles, lo que dificulta la generalización incluso al interior de la institución.

Por otro lado, no sólo incidieron los aspectos infraestructurales y los lineamientos de la dirección sino también el posicionamiento de las/os agentes de salud en la apertura o no al acompañamiento en el parto. En algunos casos, las/os entrevistadas/os refieren a las “tendencias en contra del acompañamiento” que preexistían a la pandemia, las cuales se vieron profundizadas en este contexto de crisis. Una obstetra cuenta que, en las dos instituciones públicas donde trabaja:

[las enfermeras], onda se paraban ahí ‘No, lejos, no podés pasar, no, lejos ahí’ esa situación de maltrato me daba cuenta como si fuera una excusa, aprovechar el momento y poner en práctica esta parte. Esa sensación me dio, por supuesto que no de todos. (Entrevista 3, público-privado)

En definitiva, fueron varios los factores que se entrecruzaron a la hora de hacer valer un protocolo u otro pues pasado el primer mes, como veremos, empezó a darse un “manejo más artesanal” (Entrevista 1, privado) de las pautas de acción y atención.

### 3.2 Dimensión informativa y comunicativa

Otra de las dimensiones de análisis es la relativa a la *información, conocimiento y comunicación* y las distintas situaciones que se suscitaron al respecto.

#### 3.2.1 (Des)conocimiento: “La información no llegó porque no la había”

El desconocimiento sobre el virus, su contagio y evolución de la infección fue lo que marcó la primera etapa, tanto a nivel de protocolos, de reacomodamiento institucional como también en el clima de trabajo y vivencias. Dice una obstetra:

La información nunca era suficiente. (...) Nación mandó al comienzo un protocolo, que después no lo actualizó, pero era muy escasa y errática la información. (...). Nos iban dando lineamientos para seguir, ellos lo bajaron y a ese protocolo cada uno lo aplicaba de acuerdo con su posibilidad. (...). Pero también entiendo que hubo mucho desconocimiento, la información no llegó porque no la había. (Entrevista 1, privado)

El primer protocolo, y que marcó la suspensión total de controles y consultorios vino del Ministerio de Salud de la Nación, pero las actualizaciones fueron realizadas principalmente por el Ministerio de Salud la Provincia de Córdoba y el COE (Centro de Operaciones de Emergencia) como así también cada institución tuvo cierta libertad para armar sus propios criterios de acción, aunque siempre en función a las pautas de anti-contagio que eran supervisadas por el COE.

Si bien respecto a algunas cuestiones hubo una directiva muy concreta, en otras cuestiones no había claridad, lo que habilitaba a la asunción de diferentes medidas según el caso e incluso, como decíamos, contrapuestas en tanto permitieron que “las guardias se ajustaran a su propio criterio (...)

hay guardias que son más amigables, entonces dejaban pasar, sin pedir hisopado ni nada y otras que directamente no, nada” (Entrevista 2, público). O como también nos relataban: “Hubo mucho manejo artesanal de los protocolos, de ir guiándose de acuerdo con los protocolos que escuchaban que se aplicaban en otras instituciones” (Entrevista 1, privado), dando cuenta las distintas posibilidades, posturas, negociaciones al interior de la institución, entre otras situaciones emergentes.

### 3.2.2 (Des)información: “La información era insuficiente” y con “desfasajes”

Una vez pasados esos primeros meses signados por la incógnita y con un poco más de conocimiento (y tranquilidad) respecto al virus, las/os entrevistadas/os refieren a otro tipo de “desinformación”, más ligada a las diferencias de criterios entre un memorándum y otro en cuanto a las medidas a adoptar, o incluso entre los criterios que asumía la propia institución. Cuenta una obstetra:

La mayoría de las veces siempre estuvimos perdidos, porque como cambiaba todo el tiempo una información respecto de la otra. Algunas guardias permitían el ingreso y nosotros teníamos pegados carteles en la sala de médicos que decían que no. Hubo denuncias al respecto [por parte de las usuarias], así que a partir de las denuncias el director de servicio decía ‘Bueno ahora volvemos a abrir’. Se iba y se venía todo el tiempo. (...) Cuando no hay un lineamiento claro, se vuelve difícil. (Entrevista 2, público)

Esta situación de ambigüedad “redundaba en desinformación, tanto en las usuarias como en los profesionales” (Entrevista 2, público) como así también se generaban “desfasajes” que dejaban a las/os agentes de salud sin la claridad necesaria para saber si estaba bien lo que estaban haciendo: “Entonces había un memorándum que decía ‘No se opera nada’ pero vos veías que traumatología operaba, entonces vos decías ¿qué onda, por qué yo no puedo lo hacer? (Entrevista 6, público-privado).

Por otra parte, la mayoría de las/os informantes comenta que el Ministerio de Salud de la Nación, de Provincia, y el COE pusieron su énfasis en la baja de memos o protocolos en relación con la circulación de personas y comportamientos para evitar la saturación del sistema por contagios masivos. En cuanto a las dimensiones más vinculadas a la atención, cuidados, médica, capacitaciones sobre la pandemia, la información fue “errática” e “insuficiente” y si bien hubo distintas instancias de actualización, éstas no contaron con amplia difusión, sino que corría por cuenta de cada profesional (y/o sus redes de contacto) el enterarse y acceder a las mismas:

Muchas de las capacitaciones de las que fui parte las encontré buscando y buscando y me metía “ahhh mirá” y lo difundía más como iniciativa mía, no era una actualización que bajaban para que todo el mundo haga (...) entre nosotros nos íbamos pasando los datos. (Entrevista 4, público)

De esta manera, mientras unas/os refieren a las diferentes instancias de encuentro, otras/os dicen no haber recibido ningún tipo de capacitación o actualización respecto al COVID más que la del protocolo anti-contagio.

### 3.2.3 Canales de comunicación con las usuarias

Todas/os las/os entrevistadas/os dicen que la comunicación con las pacientes no fue una preocupación ni un tema de conversación explícito en los equipos de salud ni a nivel institucional. Tampoco hubo algún lineamiento, directiva o siquiera referencia por parte de las autoridades sanitarias. Directamente “no se hablaba ni se mencionaba” (Entrevista 2, público). Las pacientes se enteraban de los cambios y reestructuraciones del servicio “por carteles o les decía la secretaria o alguien por detrás de ventanilla” (Entrevista 4, público). “Las pacientes se anoticiaban ahí mismo” (Entrevista 3, público-privado). “El canal era instantáneo” (Entrevista 5, público-privado), pero nunca era claro cómo iba a seguir, entonces la incertidumbre continuaba.

Por otro lado, enterarse “ahí mismo” y no ser informadas con anterioridad predisponía al “colapso de las guardias” por consultas que se podían resolver mediante otros canales o medios, a los “encuentros con el personal de salud” (tensiones), o a que llegaran con contracciones y tener que decirles que se fueran porque no las podían ingresar:

A mí me decían ‘che, no se hace nada, tienen que ir a otro lugar’ (...), se lo decía el médico cuando la paciente llegaba por guardia solicitando atención. Eso fue así. Lo cual, imagínense, además de horrible, es tremendamente desestructurante para las dos partes, te quedas ahí sin poder atender el trabajo de parto y la mujer con su bolsito no sabiendo donde va a ir a parir. (Entrevista 6, público-privado)

Como vimos anteriormente, tampoco el personal de salud estaba al tanto de los cambios sucesivos y muchas veces, no sabían cómo debían actuar de acuerdo a la información disponible, situación que “redundaba en desinformación” para con la población usuaria y lógicamente, en la calidad de la atención: “No hubo un desarrollo continuo y con cierta lógica, primero, que no te enloquezca, porque estos cuerpos la pasaron mal, y por propiedad transitiva, al usuario porque si nosotros no entendemos nada, imagínense el usuario. Una cosa completamente terrible” (Entrevista 6, público-privado).

Según comentan las personas entrevistadas que trabajan en el ámbito privado, este fue relativamente diferente, ya que se publicaba en la página web y también, eventualmente, se estableció el contacto telefónico. En algunos casos, incluso, iniciaron una vía de seguimiento telefónico personalizado para las pacientes COVID: “En el privado si había un aviso por teléfono y más adelante, un acompañamiento. La parte pública es complicada” (Entrevista 3, público-privado).

En suma, en la dimensión informativa se distinguen distintas situaciones. En un comienzo, la información disponible respecto al virus era escasa incluso para el personal de salud, más las pautas de acción/protocolos a seguir -totalmente restrictivos- eran más claros. Este primer momento de desinformación en términos de desconocimiento impactó de lleno en la atención y en las vivencias del personal de salud. Luego, la información sobre el virus avanzaba aportando conocimiento al respecto, pero los protocolos y criterios de atención se iban diversificando, redundando en otro tipo de desinformación ligado a las pautas de acción. Este desconcierto afectó en la población usuaria quien, además de recibir información contradictoria, tampoco contaba con canales de comunicación de estas, por lo que debían acudir a las instituciones para anoticiarse, generándose situaciones de gran concurrencia al hospital y/o malestar para con el personal de salud.

### 3.3 “Hicimos lo que pudimos con lo que teníamos”: Condiciones materiales y simbólicas

En los relatos analizados aparecen de modo insistente las condiciones materiales como un factor determinante de la atención en el contexto de emergencia sanitaria, pero también de las experiencias asociadas a dicha situación. Las principales cuestiones que se mencionan tienen que ver con el colapso de las guardias, la escasez de recursos disponibles y la imposibilidad de dar la atención adecuada ante el aumento del flujo de personas. Al no haber seguimiento de embarazos ni controles, las guardias se volvieron consultorios y los pocos consultorios habilitados hacían tareas de guardia.

Los equipos, sobre todo para lo que se denominó *ola omicrón* (diciembre 2021), estuvieron diezmados (con guardias de sólo 2 o 3 personas). En este contexto, y en todos los casos analizados, no hubo ningún tipo de refuerzo de personal, reemplazos y tampoco descanso o licencia, ni siquiera la anual: “A todos se nos abolieron las vacaciones (...) Ha sido un año muy largo, de un trabajo muy intenso, de condiciones extenuantes, y ese cansancio si todavía lo noto, todavía no se curó.” (Entrevista 1, privado).

La falta de personal, como así también de insumos materiales básicos (barbijos, batas, o algunos medicamentos) se profundiza en este contexto, especialmente en el sector público que se vio notablemente afectado sin llegar a reponerse a la fecha de la entrevista (casi dos años después). De manera ilustrativa, nos contaba una obstetra:

[Nuestro hospital] quedó muy venido abajo, en esto que te digo de las condiciones en las que uno trabaja, duerme, come. El otro día había una cucaracha en nuestra heladera caminando por nuestra comida, que nos llevamos nosotras porque la del hospital es incomible. Entonces queda cargado como esa cuestión del cansancio en que una pone 24hs (...) el cansancio de que nos hacen trabajar en condiciones lamentables y nadie dice nada, ni mira nada porque obviamente si uno sale a hablar, fuiste, estás fuera del cargo. (Entrevista 2, público)

Una recurrencia en los relatos de quienes trabajan en el sector público refiere a la falta de recursos e insumos para el cuidado no sólo por parte de la institución sino también *de la propia población*:

En la parte pública costó mucho más que entendiesen que... y aparte es otro tipo de paciente, eh, costó más decir, bueno, vamos a permitir que entre un acompañante. En la parte privada ya se adoptó un protocolo que se lo vestía al padre, nos vestíamos nosotros, se vestía la madre, ya sabíamos del cuidado, pasados los dos tres meses que fueron los más complicados, se habilitaron los acompañamientos y ya sabíamos sobre los cuidados, en la parte privada se le daba todo el kit, *en la parte pública no teníamos kit para nosotros a veces* (...) Además no venían con el n95... venía con el barbijo de tela. (Entrevista 5, público-privado, el énfasis es nuestro)

Como decíamos, aparece el entrecruzamiento entre las condiciones materiales de trabajo y los aspectos vivenciales, emocionales que veremos más adelante, tanto a nivel social como (inter)subjetivo (clima de trabajo), en tanto abundan las expresiones acerca del “cansancio”, “agotamiento”, “sobrepasados” “desgastados” de trabajar en condiciones extenuantes y con pocos recursos. En este punto, también se evidencia una diferencia entre el sector público y privado, especialmente, en cuanto a los insumos disponibles, pero también en las estrategias para optimizar el contexto de trabajo.

[En el privado] Se armó toda estrategia entre la telemedicina y qué se podía hacer y qué no, y semana a semana se iba analizando la situación, hablando con las autoridades “te parece que vayamos por acá” ¿Cómo no se va a poder hacer eso en la parte pública? Cuando prevenir es una cosa fundamental en los sectores más vulnerables. Para mi fueron unos años de mucho retroceso, en la parte pública, sobre todo, porque en la parte privada, por lo menos donde yo estoy, se manejó todo de otra forma. (Entrevista 6, público-privado)

Por otra parte, la ausencia de contención en salud mental fue absoluta, las/os entrevistadas/os dicen que no existió ningún espacio de contención y/o apoyo institucional al respecto. Y esto, en ninguno de los dos ámbitos (público o privado) de los casos relevados. “Fue tremendo, tremendo, la parte con el sistema... cero contención, cero consideración con los actuantes del sistema de salud, todo lo contrario, inclusive presentíamos que había maltrato adrede por parte del sistema onda es lo que les tocó” (Entrevista 3, público-privado).

En ese sentido, ante las experiencias compartidas y más allá de los roces y tensiones acrecentadas por el contexto, en algunos casos las guardias se volvieron instancias de “catarsis”, un “espacio constante de descarga” (Entrevista 2, público). Por su parte, algunas/os refieren al rol de Ministerio en tanto “policía”, esto es, para “controlar”, “pesquisar” “sancionar”, “inspeccionar” si se estaban aplicando o no algunas medidas anti-contagio, como así también la/os “vigilaban” (con cámaras) pero en ningún momento como instancia de contención y/o apoyo a los equipos de salud:

Yo creo que hubo mucho miedo, mucho control y el Ministerio estuvo acompañando poco y empatizando muy poco con los médicos y las instituciones. Sí estuvo mucho ejerciendo su función de policía con mucha inspección (...) o creo que ahí, porque lo he hablado con colegas que trabajan en otras instituciones, y todos tuvimos esa sensación de que te bajan el protocolo, pero después en la diaria faltó esa mesa de diálogo. (Entrevista 1, privado)

### 3.4 “Decíamos que íbamos a la guerra, sentíamos que íbamos a la guerra”. Qué les pasó, con lo que pasó: emociones, percepciones y vivencias

El clima social (de miedo, incertidumbre, angustia) que se estaba viviendo en cuanto al desconocimiento sobre el virus se vio potenciado en las instituciones de salud, las cuales estaban en el foco de la infección “Una paranoia, nosotros no sabíamos a qué bicho nos exponíamos”, (Entrevista 2, público), nos decía una entrevistada. Ciertamente, las/os agentes de salud tenían que ir a trabajar mientras el resto de la sociedad estaba en casa y con una “secuencia de trabajo toda cambiada” (Entrevista 1, privado).

Los protocolos que mantenían por fuera de la institución *se recrudecían* en tanto estaban más expuestas/os al virus (protocolos extensos y complejos para desinfectarse al entrar y salir de sus hogares, estar lejos de la familia, por ejemplo), lo que sumaba al cansancio de trabajar en situaciones extenuantes y sin descanso (vuelve a aparecer aquí el tema de las no licencias) y la tensión vivida en su contexto de trabajo. Algunas de las expresiones que aparece con más frecuencia son: “miedo”, (“pánico”, “terror”, “paranoia”), “cansancio”, “desgaste”, “extenuados” “ansiedad”, “depresión”, “angustia”, “*burn out*”, “desorganización”, “roces entre compañeros”, “enojo”, “disconformidad”. Es muy significativo que, en algunos casos, refieren un vocabulario bélico: “ir a la guerra”, “estar en trinchera”.

Si bien todas/os refieren a que un gran miedo experimentado los primeros meses, este fue cediendo al tener más conocimiento sobre el virus y al ver que los casos estaban controlados. El miedo fue cediendo, no obstante, el cansancio y la tensión perduraron, en muchos casos, hasta la actualidad.

Mucha angustia y mucho cansancio. Primero mucho miedo. Al principio, cuando no sabías cómo te contagiabas, era angustiante. (...) Entonces el temor de ir a trabajar, después el cansancio, porque era estar todo el tiempo con protocolos nuevos, con una forma de atender, de ser, y de hacer totalmente distinta. (...) Se han visto muchos más casos de *burnt out*, de ansiedad, de depresión. Gente que dijo de esto... tengo muchos colegas que han dejado de hacer esto que hacían para hacer otra cosa, o que han renunciado a trabajos porque realmente se quemaron. Hubo mucho mucho trabajo en una situación de miedo, de desorganización, de no entender, no había médicos, no había enfermeras, no había esto, no había lo otro, muy difícil. (Entrevista 1, privado).

También aparece la sensación de “impotencia”, en cuanto a sus posibilidades de acción muy limitadas y especialmente al no poder ayudar a las pacientes o brindar la atención correspondiente:

Creo que la emoción más importante de todas fue la impotencia ¿sí? porque... que se yo, eso lo ve cada uno, pero yo trato siempre de darles contención, que es un momento lindo (...) creo que desde este lado yo sentí mucha impotencia, que no podíamos hacer otra cosa, que las teníamos solas y no podíamos hacer más, te sentís como de cierta forma atado. (Entrevista 5, público-privado)

A mí particularmente me produjo una sensación de muchísima impotencia y de vergüenza en muchos casos... una persona que llega en esta situación no la puedo ingresar, para mí era una situación muy angustiante. Y no poder dar respuesta, no poder reconfortar a una persona que viene necesitando ayuda porque está en trabajo de parto es espantoso, es la sensación de echarla a la nada, 'acá no te podés quedar'. Así de duro. A mí me afectó mucho, a mis colegas más cercanos también. Y después empezamos a tener una sensación de inutilidad muy muy intensa, guardados ahí, sin hacer nada, ¡sin hacer nada! Y la gente yendo de un lugar a otro, sin poder acceder. (Entrevista 6, público-privado)

Esto pone en relieve la “falta de una mesa de diálogo” que refería una entrevistada, en donde las/os agentes pudieran no sólo canalizar sus emociones y vivencias sino también sus competencias, visiones y experticia en tanto profesionales de la salud.

Por otra parte, la dimensión emocional, vivencial (inter)subjetiva se encuentra íntimamente ligada a las condiciones laborales que mencionamos en el apartado anterior, ya que el “clima de trabajo” estuvo mayormente signado por el gran “cansancio” y “agotamiento” de trabajar en condiciones “intensas y extenuantes”, sin licencias ni descansos, generando un “clima hostil”:

El clima era de disconformidad. En general los profesionales de la salud vivimos lamentablemente en un sistema en el cual hay disconformidad de cómo se trabaja, de los protocolos con los que se trabaja, en general, y con la pandemia es como que eso explotó al máximo fue un momento en que uno se sintió desprotegido y fue un arregláte como puedas... Por más que el hospital te diera los medios adecuados no tuvo en cuenta situación que es muy importante como la emocional, como el cansancio, el cansancio extremo, el agotamiento extremo, extremo, llantos he visto, situaciones fuertes fuertes. (Entrevista 3, público-privado)

Con el correr de los meses, muchos de mis compañeros empezaron a caer en depresión, muchos nos vimos en ese momento muy afectados, al punto de vernos enojados entre nosotros, gritarnos, maltratarnos, contestarnos mal, pelearnos por una pavada, un papel o una cosa irrisoria. (...) Ehhh, mucho, dentro de los que me incluyo, tomamos la decisión de iniciar o continuar tratamiento psicológico. Mucho trastorno de ansiedad, angustia y depresión, esos eran los diagnósticos que teníamos la mayoría. (Entrevista 4, público)

Innegablemente, tanto los aspectos materiales, laborales, psicológicos fomentaban un clima de trabajo plagado de tensión entre colegas que se evidenciaba en desencuentros y “peleas constantes” y “gritos”. Así nos comentaban: “Nosotros terminamos todos peleados, en la primera época más dura.

Pero no peleados bien, peleados a los gritos, con personas que hace 10 años que trabajo y que sé cómo trabajan y que saben cómo trabajo.” (Entrevista 6, público-privado).

[El clima de trabajo era] Muy hostil, y si era, hostil y a la vez con un miedo muy grande. Hostilidad, miedo, reactividad emocional, sensaciones encontradas, incluso decíamos que no nos estábamos conociendo a nosotros mismos. (Entrevista 4, público)

Obviamente había roces con tus compañeros, roce con el servicio, roce con este y aquel, mucha tensión. (Entrevista 2, público) Las cuestiones vinculares no fueron contempladas desde lo institucional, por lo que este clima se fue desarrollando y madurando durante un largo periodo quedando, en algunos casos, “secuelas irreversibles” a nivel grupal y en otros se recompuso en el último periodo “sin llegar a ser como antes” (Entrevista 6, público-privado).

#### 4. Discusión

En base a lo que hemos podido observar a través de los testimonios aquí analizados, es notable la íntima relación con nuestro estudio previo centrado en el punto de vista de las usuarias del servicio de obstetricia en pandemia, cuyos principales resultados refieren a la “angustia e incertidumbre”, “desinformación”, “falta de contención”, “desatención”, sensación de “desamparo y abandono” (Lázzaro & Arnao Bergero, 2021). Muchas de estas sensaciones, aparecen también por parte de nuestras/os entrevistadas/os, lo que pone en relieve cómo las condiciones macro incidieron tanto en las pacientes como en el personal de salud.

Dicho de otro modo, advertimos con sorpresa que podíamos espejar las experiencias, percepciones y vivencias de las usuarias por un lado y las/os agentes de salud por otro sabiendo, no obstante, que las *marcas subjetivas* son diferentes en cada caso. Pero creemos que este reflejo no es azaroso, y que es una punta de ovillo significativa para comprender las condiciones de posibilidad de la garantía o de la vulneración de derechos. En otras palabras, empezar a develar la compleja trama que anuda estructuras macro y micro que configuran el sistema de salud, condiciones materiales y simbólicas y cómo se ponen en juego en los diferentes sectores y niveles de atención, relaciones de poder, derechos a la salud, derechos laborales, entre otros.

Una vez pasado el “pánico” y “paranoia” iniciales y con más conocimiento sobre el COVID, tuvieron lugar ciertas resistencias/puntos de fuga por parte de algunas/os profesionales quienes buscaron generar “flexibilidad” dentro de un contexto limitante: por ejemplo, reabriendo la posibilidad de consultas (con limitaciones), abriendo el acompañamiento al momento del parto, según iban negociando con los directivos. En otras palabras, poniendo en relieve los márgenes de acción de las/os mismas/os. Acá observamos algunas diferencias entre los sectores de salud, ya que las/os profesionales del sector

público se veían fuertemente condicionados por cuestiones estructurales (condicionamientos institucionales: materiales, laborales y jerarquías). En estos casos especialmente, las experiencias de aflojar las restricciones se reflejaron como esfuerzos individuales: desobediencias, espacios peleados, estrategias de atención, en diálogo tenso con la institución en algunos casos y en ausencia de este en otros. Como también observa Buriyovich:

El trabajo de las y los trabajadores de la salud se ha visto transformado de manera sustancial. Esta transformación no ocurre libre de tensiones y contradicciones al interior de los propios equipos de salud, de estos en su relación con las/os usuarios y con las instancias superiores de gestión y toma de decisión (...) Se tomaron decisiones sin comunicar ni lograr consensos con los/as trabajadores/as. En algunos casos, se señala el caos y la improvisación. (Buriyovich, 2021, párr. 10-12)

En lo privado estas medidas dependían de las adaptaciones de la institución (telemedicina, habilitación de controles bajo protocolo) y, en un caso puntual, con una medida del servicio solicitada a dirección y que fue contemplada. Esto contrasta con las posibilidades de diálogo, articulación y acción de las/os profesionales en el sector público.

En este contexto, la situación general de las/os trabajadoras/es fue el incremento de las condiciones adversas de trabajo en el plano material (falta de licencias, saturación de las guardias, atención exclusiva a COVID y no a su especialidad) como así también subjetivo (agotamiento excesivo, angustia, desgaste). Al respecto, las/os informantes insisten en cómo las condiciones infraestructurales, laborales y gremiales tuvieron un enorme impacto en el clima de trabajo, incrementando la tensión en los equipos, pero también a nivel subjetivo y emocional.

Otra dimensión de lo ocurrido es la falta de contención a los equipos de salud, inexistentes previo a la emergencia sanitaria, pero en ningún caso puestos en funcionamiento en dicho contexto. Sin duda, algo que influyó tanto en el sector público como el privado, refiere al “cansancio” y “agotamiento” de trabajar en una “situación extrema”, “intensa”, “extenuante”, puesto que no tuvieron vacaciones ni licencias para descanso en más de un año de pandemia. Este agotamiento afectó, decíamos, el clima de trabajo, el cual estuvo cargado de tensiones que llevaban a conflictos entre el personal y que no fueron contenidos o abordados a nivel institucional. Pero también, incidió directamente en la calidad de la atención ofrecida, pues no es posible, dicen los testimonios, brindar una atención buena y respetuosa en esas condiciones materiales y humanas.

Sin justificar ningún tipo de violencia, pero también la calidad de medicina que uno puede brindar en una condición así, entonces pienso eso, ¿en qué condiciones se nos exige lo que se nos exige? Porque es muy fácil hablar del médico, de la falta de empatía, la falta de tiempo, cuando también el sistema de salud, y voy a decir lo que pienso, es perverso y es una mierda con el médico, porque tenés que laburar en mil lugares para tener un sueldo, te pagan dos mangos las consultas. (..) Entonces, que yo brinde información, la empatía, la tolerancia y ta ta ta y yo estoy re a favor de eso, pero ¿cómo acompañás al equipo médico para que logre eso? (Entrevista 1, privado)

Todo esto nos muestra cómo las reestructuraciones en cuanto a la flexibilidad en pos de la garantía de derechos se vinculan tanto a los límites y/o posibilidades a nivel de recursos materiales como a los aspectos simbólicos y vinculares. De tal manera, lo que pasó entrelaza de distintas maneras lo relativo a la información y conocimiento disponible, con los criterios y protocolos asumidos para la atención (con sus respectivas flexibilidades, aperturas, y márgenes de acción y negociación), con los recursos/condiciones materiales y simbólicas, posturas ideológicas-sanitarias de las/os profesionales y de la institución, la estructura de mandos (relaciones de poder) intra y extra hospitalaria y en ello, con la falta de una “mesa de diálogo” respecto a cómo proseguir y qué hacer con la población desatendida.

Conocemos, en base a la literatura existente, algunas de las cuestiones que definen al paradigma biomédico en tanto jerárquico, asimétrico, intervencionista, mecanicista, patologizante, hereronormativo, con sesgo de género, clase, entre otras. (Brigidi & Birosta, 2020) pero ¿qué otras razones operan detrás de los procesos de atención al parto que también tienen un peso significativo en su predeterminación, concepción y desenlace? Falta seguir ahondando, por ejemplo, en las representaciones, percepciones y vivencias que sustentan dichos paradigmas de atención por parte de las/os agentes implicadas/os ¿Qué logran advertir de dicha complejidad? ¿Hay preguntas, perplejidades, malestares que aparezcan como línea de fuga a una mirada homogénea sobre el sistema de salud? Estas son las preguntas que se ponen en relieve a partir de lo relevado y consideramos fundamental seguir indagando para dar cuenta de los distintos factores que se entrelazan y estructuran “campo médico obstétrico” (Castro, 2014). Al respecto señala Burijovich:

La pandemia cambió nuestra realidad y el sector salud se vio especialmente sobreexigido. Muchas de las prácticas de los/as trabajadores también se transformaron. Desde la gestión pública, el concepto de prácticas se refiere a normas, reglas, procedimientos, metodologías, habilidades que permiten la ejecución de una determinada actividad. Desde las ciencias sociales, este concepto se transforma e incorpora un orden simbólico al interior del cual encontramos concepciones, representaciones, paradigmas en disputa y un marco legal-institucional que establece las reglas de juego. (Burijovich, 2022, párr. 7)

Estas reglas de juego que aparecen en los relatos se ven íntimamente ligadas a las posibilidades en términos materiales y estructurales, pero también (y a la vez) de cómo estas condiciones moldean las subjetividades y relaciones de y entre la/os agentes de salud y de estos con la/os usuaria/os.

## 5. Conclusión

Nuestra intención fue conocer los cambios acaecidos en la atención obstétrica perinatal en pandemia desde el punto de vista de agentes de salud, esto es, atendiendo a sus experiencias y percepciones. A partir de este acercamiento, buscamos esbozar un diagnóstico preliminar sobre las condiciones materiales y simbólicas que configuran el modelo de atención imperante, advirtiendo la multiplicidad de capas y aristas (estructurales, institucionales, subjetivas, relacionales, de poder, laborales) que se en-

tretejen y establecen las condiciones de posibilidad de la garantía de derechos perinatales como parte de los derechos sexuales y (no) reproductivos y, en esto mismo, de aquellos factores que habilitan y/o legitiman la reproducción de la violencia obstétrica en tanto violencia de género ejercida por el personal de salud en la atención al embarazo, parto y posparto.

Dada la vacancia de estudios empíricos en torno las vivencias y percepciones médicas en la atención perinatal en nuestra provincia, este relevamiento estuvo focalizado en profesionales médicas/os por lo que es una aproximación parcial y acotada del campo médico obstétrico, no obstante, nos permite detectar algunas líneas de indagación y análisis a seguir trabajando y profundizando en estudios ulteriores. Nos preguntamos, por ejemplo, sobre las experiencias y percepciones del personal de salud en distintos cargos y posiciones (enfermeras, camilleros, por ejemplo) y su posible comparación. Asimismo, reafirmamos la necesidad de seguir indagando en la identificación de los obstáculos para la erradicación de la violencia obstétrica tanto como los facilitadores para la plena implementación de los derechos parto en el contexto de las instituciones de salud.

En tanto las situaciones de excepcionalidad permiten exhibir con claridad lo que es y lo que falta (y, por eso, son especiales para acceder al universo que se quiere analizar) entonces también, permiten prepararse para futuras crisis. Esto es, suponen la posibilidad de establecer ciertas directrices y prevenir escenarios similares con mejores herramientas.

Si, como suponemos, ningún escenario institucional es homogéneo, analizar líneas de fuga, tensiones, intentos otros, malestares, preguntas puede dar pistas para pensar que otros modos que se vislumbran como posibles, ¿qué obstáculos se presentan para su fertilidad? ¿Qué fortalezas? Las preguntas que se habilitan desde estos hallazgos de campo cobran sentido en el horizonte del deseo de transformación al que vienen aparejadas esta y otras investigaciones asociadas: el situar la salud sexual y reproductiva en un marco de garantía de derechos, en el reconocimiento de la soberanía de los cuerpos y de un modelo de atención que concibe a las personas como partícipes y protagonistas de sus procesos gestacionales.

## Referencias

- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Martínez Ros, M. T., Castaño Molina, M. A., Nicolás Vigueras, M. D. & Álvarez Munárriz, L. (2017). Análisis etnográfico del intervencionismo en la atención perinatal. *Index de Enfermería*, 26(4), 270-274.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Akal.
- Borges, M. T. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law Journal*, 67(4), 827-862.
- Brigidi, S., & Birosta, J. (2020). La sensibilización en género en Enfermería. *Index de Enfermería*, 29(1-2), 69-73.
- Burijovich, J. (2021, 12 de julio). Episodios de una pandemia inconmensurable: desde lejos no se ve. *La tinta, periodismo hasta mancharse*. <https://acortar.link/qJTkcd>
- Burijovich, J. (2022, 21 de marzo). Hoy por mi ... ¿y mañana? Episodios de una pandemia inconmensurable. *La tinta, periodismo hasta mancharse*. <https://acortar.link/afOp5L>
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. UNAM, CRiM.
- Castro, R., y Frías, S. M. (Eds.). (2022). *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/book/27>
- Canevari, C. (2022). La autonomía profesional como amenaza a la garantía de derechos de las mujeres en maternidades públicas. En R. Castro, y S. M. Frías (Eds.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina* (pp. 175-210). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espinoza Reyes, E. (2022). La pirámide de la violencia obstétrica: dimensiones culturales y estructurales. En R. Castro, y S. M. Frías (Eds.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina* (pp.103- 140). Universidad Nacional Autónoma de México
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Lazzaro, A. I., Arnao Bergero, M. A. (2021). Gestar y parir en pandemia: vulneración de derechos y marcas subjetivas en la atención obstétrica/perinatal en contexto de COVID-19 en Argentina. *Universitat de Barcelona; Musas*, 6(2), 29-46. <http://dx.doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num2.2>

- Montero, C., y Leída, C. (2017). El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. *Comunidad y Salud*, 15(1), 42-52.
- Quattrocchi, P., y Magnone, N. (Eds.) (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Universidad Nacional de Lanús. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/7>
- Reano, L. (2018). *Hacer partos: Una etnografía sobre la formación en obstetricia en una cátedra universitaria de Medicina, Córdoba* [Tesis Licenciatura, Universidad Nacional de Córdoba]. Repositorio Digital UNC <http://hdl.handle.net/11086/11039>
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En M. Sadler, M. E. Acuña, y A. Obach (Eds.), *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género* (pp. 15-66). Colección Género, Cultura y Sociedad.

---

#### AUTORAS

**Magdalena Arnao Bergero.** Dra. y Lic. en Filosofía (UNC), Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género (Clacso/Flacso), Maestranda en Metodología de la Investigación (UNLA), Docente e Investigadora de la Fac. de Psicología (UNC). Perteneció al Observatorio de Salud Mental y DDHH Cba., Dirige un equipo de investigación sobre Estudios sociales del cuerpo.

**Ana Inés Lázzaro.** Lic. en Comunicación Social (UNC) y Dra. en Estudios Sociales en América Latina (CEA-UNC). Becaria posdoctoral radicada en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECSCONICET) y docente en la carrera de Sociología (FCS-UNC).